

保育士のヒヤリハット体験

石 川 昭 義* ・ 大野木 裕 明* ・ 伊 東 知 之*

*仁愛大学人間生活学部

Disturbing Incidents Experienced
by *Hoikushi* (child care and education worker) in the Workplace

Akiyoshi ISHIKAWA* Hiroaki OHNOGI* Tomoyuki ITO*

*Faculty of Human Life, Jin-ai University

保育場面で発生するヒヤリハット体験について保育士197名に質問紙調査を依頼し、以下のよう
な結果を得た。(1) 発生頻度について、76.6%の保育士が過去3か月のうちで、また76.1%
の保育士が過去1年間のうちで少なくとも1回はヒヤリハット場面を体験した。(2) 情報の共
有化について、自分のヒヤリハット体験を上司等に報告した保育士は77.2%、他の保育士の保育
に対しヒヤリハットを体験を目撃したことがあるのは63.5%、保護者による子どもへの対応でヒ
ヤリハット体験を目撃したことがあるのは75.6%、保育実習生の保育についてヒヤリハット体験
を目撃したことがあるのは66.0%であった。後者3つの間には有意な正の相関関係が見出された。
しかしながら、当人にそれを伝えるかどうかについては、他の保育士へは52.3%、保護者へは
40.6%にとどまった。(3) 保育実習について、保育士が保育実習生が起こしたヒヤリハット体
験を当人に伝えるとしたのは87.8%であった。(4) 保育経験年数と、「他の保育士」、「保護者」、
「保育実習生」の保育に関するヒヤリハット体験の数との間には有意な正の相関がみられた。
(5) ヒヤリハット体験の自由記述を田中・石井(2003)による54の事故場面と関連づけたところ、
子どもどうし、保育室、園内、遊具の場面に分類されるケースが多く、おもちゃ、園庭の場
面に分類されるケースは少なかった。(6) 自由記述において54の事故場面以外に新たに、誤飲、
保育士と子どもの衝突、施設上の死角などについてヒヤリハット体験が得られた。(7) 最後に、
ヒヤリハット体験と事故発生との間の時間的な連鎖について危険感受性を育成するという観点か
ら考察を行った。

キーワード：保育士，ヒヤリハット体験，保育実習

I 問題と目的

1. はじめに

保育所内で事故になりそうだったが未然に回避でき
た事態、いわゆるヒヤリハット体験は、事故防止策の
1つとして位置づけられる。これは看護学など他の職
場でも同様である(例えば、兵藤，2007；石川，2006；
川村，2003；川島，2007)。

職場内の安全・安心や事故防止作業はこれで終わり

という性質のものではない。その理由を保育所に限っ
ていえば、頻繁に起こる職員の異動や乳幼児の増減に
よるスペースの問題など、急変した保育環境によって
事故発生率が大きく左右されるからである。実際、国
立保健医療科学院生涯保健部長の田中哲郎(2006)は、
保育所においてどのくらいの頻度で事故が発生してい
るかについては全国的な調査がないので明らかではな
い(p.1)とも述べている。

本研究の目的は保育士のヒヤリハット体験に関連し

てはいるが、その対象は必ずしも現職の保育士にとどまらない。最終的には、明日の保育士をめざす大学生をも対象にしている。保育士が慣れ親しんだ自らの仕事場でさえ事故が頻繁に発生するのであるから、外部から一時期だけ保育現場に入る実習生にとっては、はるかに事故に直面する可能性が高くなるだろう。保育実習の目的がいろいろあるとしても、事故防止が第一優先課題であることはいうまでもないので、実習生の送り手側が事前に考慮すべきことを明らかにしておく必要がある。

平成20年告示の「保育所保育指針」（以下、「指針」という。）に合わせて出された「保育所保育指針解説書」（以下、「解説書」という。）の第5章「健康及び安全」において、「事故防止マニュアルの整備と事故予防」の一つとして次のように述べられている。

○日常的な事故予防：あと一歩で事故になるところだったという、ヒヤリ・ハットとした出来事（インシデント）を記録分析して、事故予防対策に活用することが望まれます。

このように、保育中の事故防止のための安全点検や安全対策が求められるのであるが、われわれはこのたび、現職保育士の方々にに対して、ヒヤリハット体験に関する意識や、自らが実際に体験したヒヤリハット場面を調査的方法によって入手することができた。ここに報告し、最終的には保育実習生向けの事故防止事前指導プログラムの一助となるような考察を加えたい。

2. ヒヤリハット体験の定義

ヒヤリハット体験にはいろいろな定義があるが、「結果として重大事故に至らず未然に気づいて回避した場面の体験。あるいは事故の程度が軽度にとどまったが重大事故の可能性もあった場面の体験」と定義しておく。これに2つ補足すると次のようである。①最悪の結果が予測できるが、偶然かあるいは作為的に、最悪の直前段階でとどまった場面に関すること、②「ヒヤリハット」の語から明かなように、直面した危険に対して驚いたり恐怖感を抱いたりした感情を伴う体験であること。

ハインリッヒの法則(Heinrich, Petersen, & Roos, 1980)によると、重大な事故が1件発生するまでには、軽い

事故（インシデント incident）が29件、ヒヤリハットしたことが300件ある。もちろんこの数字そのものは領域によって大きく異なるが、いずれにせよ重大事故に至るにはそれまでにインシデントやヒヤリハットが数多く発生していることが示唆される。言い換えると、人が感じるヒヤリハット体験の直後に重大事故が発生するという「行為の時間的連鎖」の中で、予兆としてのヒヤリハット体験を捉えることにしたい。そして、ヒヤリハット体験を人が感じる予兆とするなら、この予見的な感受性を育成することが職能としての危険感受性あるいはヒヤリハット認知能力を成長させ、これが事故防止策の人的資源部分として位置づけることができるものだと考えたい。

3. ヒヤリハット体験に関するアプローチ

本稿では、ヒヤリハット体験を、保育士のメタ認知という点、つまりヒヤリハット認知能力から説明していく。

メタ認知は、①自分自身の心と行動を知る自己モニタリング機能（自分の認知機能を知る機能）、②自分自身の心と行動を状況にふさわしいように自己コントロールする機能（自分の認知機能を調整する機能）の2つからなる。もしもメタ認知がうまく働いていれば、事故につながりそうな原因は事前にかなり回避できるはずである。しかしながら、乳幼児は、まだメタ認知能力が発達的にみてきわめて不十分であり、それを補うためには保育士や保護者の役割が大きくなる。したがって、重大事故を防止するためには、第一に施設設備のような危険要因の排除、第二に人的な注意に基づく瞬時の危険回避行動が必要になる。ヒヤリハット体験は、これらの設備的・人的防止策の策定のために貴重な基礎資料になるものと考えられる。

ところで、海保・田辺（1996）、海保（2005）によると、メタ認知は過去、現在、未来の3つの観点からとらえることができる。それらは、①事後に振り返る力（過去）、②仕事をしている現在の心と行動を内省する力（現在）、③次にくることを予測できる力（未来）である。このうちで、①事後に振り返ること（retrospective reflection）がヒヤリハット体験の分析（海保、2005、p. 33）であるから、その振り返りを②や

③の対策，すなわち保育所内の施設設備の点検，保育士におけるヒヤリハット場面の共有化，保護者に対する事故防止活動の啓発，保育実習生への事前指導・助言に直結させるというアプローチをとることができよう。

4. 調査項目について

人が認知するヒヤリハット体験を尋ねるために調査を実施するが，その調査票には次のような項目を設定した。

(1) 回答者プロフィールについて：性別，年齢，保育職の経験年数（実年数），現在の担当（園長または主任，クラス担任〔正規，臨時職〕と担当児の年齢，その他）

(2) 調査項目：11項目からなる。1つ目はヒヤリハット体験の頻度について（質問1～3）である。これはどのぐらいの頻度でヒヤリハット体験を感じているかの実態調査である。最近3か月（質問1），過去1年間（質問2）の2通りを尋ね，また最近のヒヤリハット増減傾向に関する印象（質問3）も尋ねた。2つ目はヒヤリハット体験に関する職場内での共有化の意識調査である（質問4～6）。これは，自分のヒヤリハット体験を上司や同僚に話すか（質問4），他の保育士の保育をみていて「ヒヤリ」「ハッ」と思うことがあるか（質問5），それを保育士当人に伝えるかである（質問6）。3つ目は保育士から保護者への助言についてである（質問7，質問8）。保育士は，「専門的知識及び技術をもって，児童の保育及び児童の保護者に対する保育に関する指導を行うことを業とする者」（児童福祉法第18条の4）であり，その業務には「児童の保護者に対する保育に関する指導」が含まれている。このようなことから，保護者に関わるヒヤリハット体験について保護者へ啓発活動を行うこともまた保育士の業務の範ちゅうに含まれると考えられる。4つ目は保育実習生への指導・助言についてである（質問9，質問10）。保育実習の学生が子どもに接するのを見ていて，「ヒヤリ」「ハッ」と思うことがあるか（質問9），それを実習生当人に伝えるかどうか（質問10）である。最後の質問11は，保育士自身が体験したヒヤリハットに関する自由記述による具体的な

報告である。

(3) 本研究の目的

本調査で得たいと考えているデータは次のようである。

- ①ヒヤリハット体験の発生頻度はどの程度なのか。（質問1，質問2，質問3）
- ②保育所内ではヒヤリハット体験を共有化しているかどうか。（質問4，質問6，質問8）
- ③保育士はヒヤリハット体験を保育実習生に関わる事故防止策として位置づけているか。（質問9と質問10）
- ④保育士の保育経験年数とヒヤリハット体験の感受性はある関係があるかどうか。（フェイスシートと質問5，質問7，質問9）
- ⑤行為の時間的連鎖としてのヒヤリハット体験と事故発生には対応関係があるかどうか。（質問11）

II 方法

調査時期：2009年7月。

調査手続：愛知県犬山市の子ども未来課を通じて，市内13の子ども未来園（「子ども未来園」とは犬山市立の保育所の呼称。）に質問紙調査票を配布し，各職員に回答を依頼した。

調査票：回答者プロフィールに関するフェイスシートと11の調査項目からなっており，A4サイズ表裏1枚である。具体的な質問文は結果のところで示す。

III 結果

回収率は95.6%（配布総数206，回収数197）であった。回答者の性別は男性2名，女性195名であった。年齢は20歳代が26.4%，30歳代が20.8%，40歳代が24.4%，50歳代が27.4%，60歳代が1.0%であった。保育職の実経験年数は表1に示す。

回答者の現在の担当は園長・主任が15.2%，担任（正規）が25.4%，担任（臨時職）が23.4%，短時間等が33.0%，その他が3.0%であった。

表1 回答者の保育職の実経験年数

(年数)	1～5	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	無回答
%	26.3	25.3	19.2	8.1	3.0	6.0	7.1	3.5	1.0
n=197	52	50	38	16	6	12	14	7	2

注 空欄に「〇十歳代」との記述があったものは、「〇十歳」として集計に加えた。

1. ヒヤリハット体験の発生頻度について（質問1～質問3）

質問1：あなたは、この4月以降、現在までに、ヒヤリ・ハットを何度体験しましたか。

この調査が実施されたのは7月上旬なので、4月から7月までの約3か月で体験したヒヤリハット体験の報告数になる。結果は表2のようであった。

表2 最近3か月のヒヤリハット体験の数

質問1	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回
%	13.2	21.8	19.8	11.2	3.6	5.6	1.5
n=197	26	43	39	22	7	11	3

10回	13回	20回	数値以外の表現	無回答
4.1	0.5	2.0	6.6	10.2
8	1	4	13	20

回答の多かったのは1回（21.8%）、2回（19.8%）、3回（11.2%）であり、これらは全体の52.8%を占めていた。0回は13.2%にとどまっていた。76.6%の保育士がヒヤリハット体験を報告したという結果になった。数値の書かれていた件数の平均は2.81回であった。なお、数値以外の表現として、「たくさん」「数回」等と書かれた回答があった。

質問2：あなたは、過去1年間に、ヒヤリ・ハットを何度体験しましたか。

表3 過去1年間のヒヤリハット体験の数

質問1	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回
%	7.1	8.6	12.7	8.6	1.5	11.7	1.5
n=197	14	17	25	17	3	23	3

7回	8回	10回	12回	13回	17回	20回	30回
2.0	1.5	13.2	1.0	0.5	0.5	3.0	0.5
4	3	26	2	1	1	6	1

100回	120回	数値以外の表現	無回答
0.5	1.0	7.6	16.8
1	2	15	33

過去1年間のヒヤリハット体験数については、表3に示すように、回答の多かったのは10回（13.2%）、2回（12.7%）、5回（11.7%）であった。

ほとんどの保育士がヒヤリハット体験を1回以上体験していて、0回はわずかに

7.1%であった。数値の書かれていた件数の平均は7.51回であった。なお、数値以外の表現として、「たくさん」「数えきれない」等と書かれた回答があった。

質問3：あなたご自身の経験として、年齢とともにヒヤリ・ハットの体験は少なくなっていると感じますか。それとも逆に多くなっていると感じますか。次の中から最も近い考え方を一つ選んでください。

図1 ヒヤリハット体験の多少に関する実感

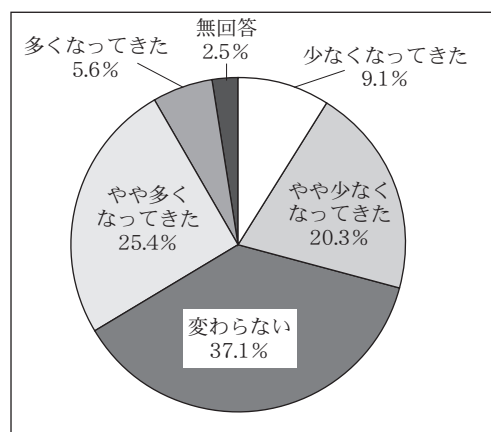


図1に示すように、「少なくなってきた」「やや少なくなってきた」の合計が29.4%、「多くなってきた」「やや多くなってきた」の合計が31.0%でほぼ同程度であった。「変わらない」が37.1%であり、これらの割合は、ほぼ1/3ずつの分布になった。

なお、この質問3を保育経験年数との関係から検討するために表1とクロス集計したが有意な関連は見出されなかった。そこで質問3について「多くなってきた」から「少なくなってきた」の方向に5点、4点、3点、2点、1点と得点化して、保育経験年数との間でピアソンの相関係数を算出したが、有意な相関関係は見出されなかった（ $r = -0.015$, ns）。保育経験年数と過去1年間のヒヤリハット体験の数（質問2）の間にも有意な相関関係は得られなかった（ $r = -0.07$,

ns).

2. 職場内での共有化について（質問4～質問6）

質問4：あなたは、一番最近起きた自分のヒヤリ・ハット体験を上司や同僚に話しましたか。

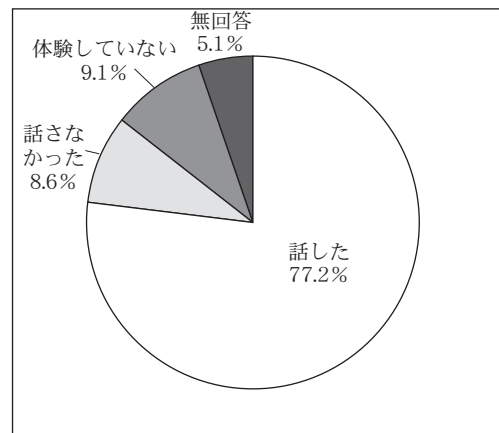
図2にあるように、77.2%が「話した」と報告している。他方で「話さなかった」は8.6%にとどまっている。かなりの保育士が他の保育士に自分のヒヤリハット体験を話し、そのことによって保育所内でヒヤリハット事例を共有化していることが明らかになった。

質問5：あなたは、他の保育士の保育を見ていて、「ヒヤリ」「ハッ」と思うことがありますか。

質問6：他の保育士の対応で「ヒヤリ」「ハッ」とするような保育場面に出くわしたら、あなたは当人にそのことを伝えようと思いますか。

図3に示されるように、「ときどきある」「よくある」を合わせると合計で63.5%が他の保育士の保育のヒヤ

図2 自分のヒヤリハット体験を上司・同僚に話したか



リハット場面を目撃していた。図4はそれを当人に伝えるかどうかであるが、「はい」が52.3%であり選択肢の中では一番多かった。ただし「相手による」が43.1%もあった。このことは職場の人間関係が悪くなることへの気兼ねや配慮であろうか。この質問からだけでは詳細は明らかではない。いずれにせよ、「いい

図3 他の保育士に関してヒヤリハット体験を感じたか

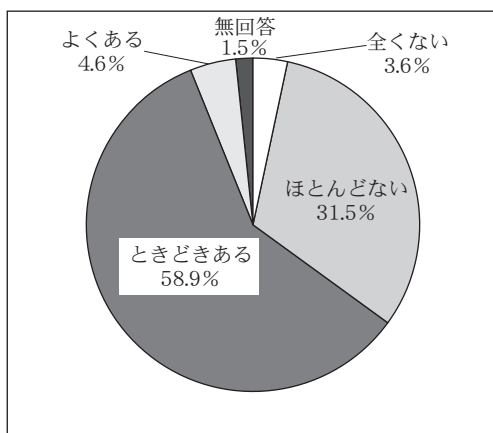


図5 保護者の対応に関してヒヤリハット体験を感じたか

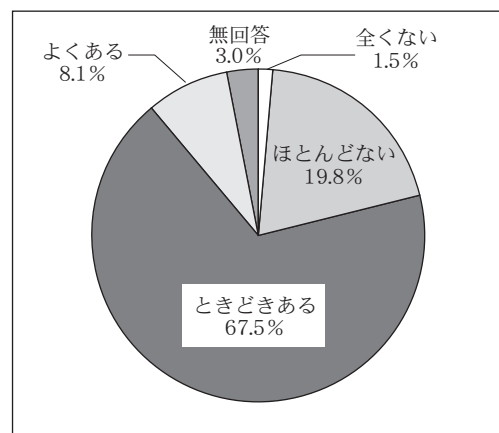


図4 他の保育士を見てのヒヤリハット場面を当人に伝えるか

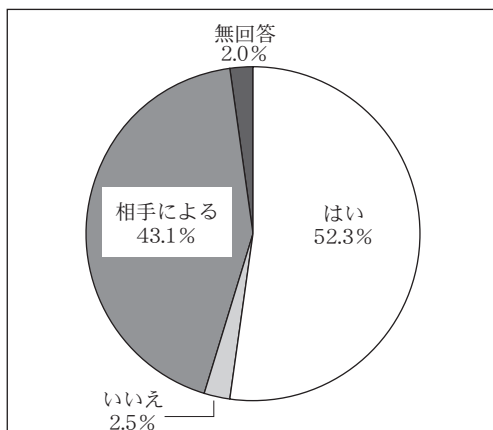
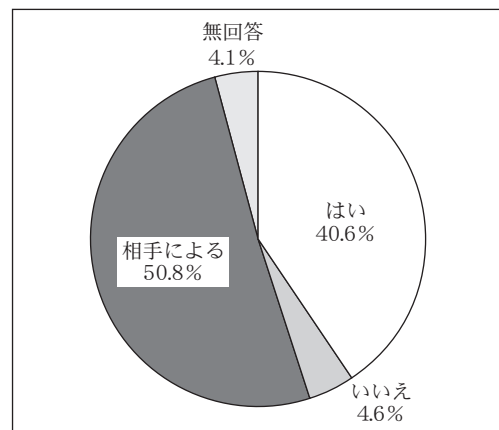


図6 保護者の対応に見るヒヤリハット場面を当人に伝えるか



え」(2.5%)を加えると、45.6%が相手によっては当人には告げないという可能性を示唆する結果であった。

3. 保護者への助言について（質問7～質問8）

質問7と質問8は、同様にして保護者に関するヒヤリハット体験の質問である。

質問7：あなたは、保護者が自分の子どもに接するのを見ていて、「ヒヤリ」「ハッ」と思うことがありますか。

質問8：保護者の対応で「ヒヤリ」「ハッ」とするような場面に出くわしたら、あなたは当人にそのことを伝えようと思いますか。

図5に示すように、「ときどきある」(67.5%),「よくある」(8.1%)の合計が75.6%になっている。約3/4の保育士は、保護者による子どもに対する接し方についてヒヤリハット体験を感じているようである。図6は保護者に対して危険な接し方だったことを伝えるかどうかであるが、回答では「はい」は40.6%にとどまった。「相手による」(50.8%)と「いいえ」(4.1%)を合計すると54.9%の保育士が保護者には伝えない可能性を示した。

4. 保育実習生への指導・助言について（質問9～質問10）

質問9と質問10は、同様にして保育実習生に関するヒヤリハット体験の質問である。

質問9：あなたは、保育実習の学生が子どもに接するのを見ていて、「ヒヤリ」「ハッ」と思うことがありますか。

図7 保育実習生の対応に関してヒヤリハット体験を感じたか

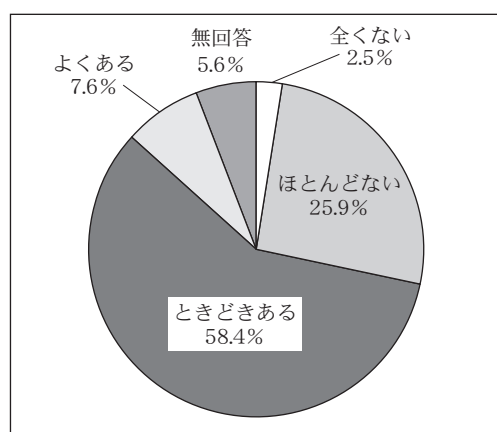
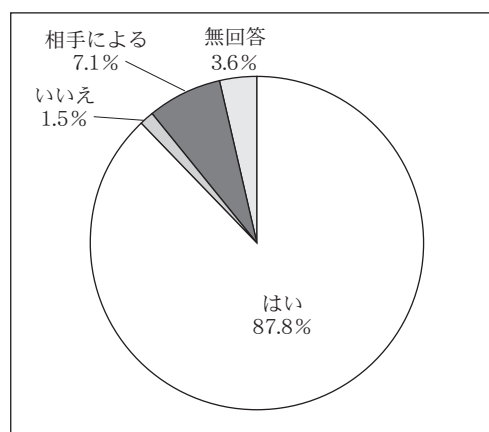


図8 保育実習生の対応に見るヒヤリハット体験を当人に伝えるか



質問10：実習生の対応で「ヒヤリ」「ハッ」とするような場面に出くわしたら、あなたは当人にそのことを伝えようと思いますか。

図7によると、「ときどきある」(58.4%),「よくある」(7.6%)の合計が66.0%になっている。他の保育士、保護者に対する場合と同様に、約2/3の保育士は実習生による保育についてヒヤリハット体験を感じているようである。図8は保育実習生に対して危険な接し方だったことを伝えるかどうかであるが、回答では「はい」は87.8%と高率であった。「相手による」(7.1%)と「いいえ」(1.5%)を合計しても8.6%にとどまった。保育実習生に関する指導・助言のこのような割合は、他の保育士・上司や保護者の場合と比べるとかなり高い傾向であったが、それは「相手による」を選んだ回答者が極端に少ないためと考えられる。

5. ヒヤリハット体験の有無と共有化の関係

質問5と質問6、質問7と質問8、質問9と質問10はそれぞれ、ヒヤリハット体験の有無とその体験を当人に告げるかどうかの質問対になっている。両者の関連性をみるために、クロス集計を行ったところ、他の保育士に関する質問5と質問6のクロス集計は $\chi^2=14.85$ ($df=6$, $p<0.05$ 両側)となり両者に関連がみられた。しかし、保護者に関する質問7と質問8のクロス集計 ($\chi^2=6.39$, ns), 保育実習生に関する質問9と質問10のクロス集計 ($\chi^2=8.44$, ns) はいずれも有意ではなかった。

6. ヒヤリハット体験の一般化および保育経験年数との関係

保育経験年数、ヒヤリハット体験の多少に関する最近の実感（質問3）、他の保育士の保育に関するヒヤリハット体験（質問5）、保護者に関するヒヤリハット体験（質問7）、保育実習生に関するヒヤリハット体験（質問9）の相関関係を探るためにピアソンの相関係数を算出してその結果を表4にまとめた。質問3は「多くなってきた」から「少なくなってきた」の方向に5点、4点、3点、2点、1点と得点化してある。質問5、質問7、質問9については、「よくある」から「まったくない」の方向に4点、3点、2点、1点と得点化してある。またそれぞれの平均値（標準偏差）は表5に示した。

保育経験年数との関係では、他の保育士に感じたヒヤリハット体験（質問5）、保護者に感じたヒヤリハット体験（質問7）、保育実習生に感じたヒヤリハット体験（質問9）との間に有意な正の相関関係が認められた。すなわち、保育の実経験年数が増すほど他者にヒヤリハット体験を感じるという結果が見られた。

しかしながら、保育経験年数の多少と、最近のヒヤリハット体験の増減感（質問3）との間には有意な関係は認められなかった（ $r = -0.015$, ns）。また、最近自分が感じるヒヤリハット体験の増減感（質問3）は、他の保育士に感じたヒヤリハット体験（質問5）、保護者に感じたヒヤリハット体験（質問7）、保育実習生に感じたヒヤリハット体験（質問9）のいずれとの間においても有意な相関関係は見出されなかった

（順に、0.065, 0.124, -0.035）。

他の保育士に感じたヒヤリハット体験（質問5）、保護者に感じたヒヤリハット体験（質問7）、保育実習生に感じたヒヤリハット体験（質問9）の3者の間ではいずれも有意な正の相関関係が認められた。したがって、3者の間にはヒヤリハット体験に関する共通のヒヤリハット感受性

（ヒヤリハット認知能力）があるものと考えられる。そして、先の分析で認められたように、これは保育の実経験年数とも正の相関関係があることになる。

7. ヒヤリハット体験に関する自由記述～分類の手順～

最後の質問11は、「あなたの一番印象に残っているヒヤリ・ハットの体験あるいは場面について、お教えてください。その場合、場所、時間、子どもの年齢や様子、あなたの年齢（当時）等を差し支えない範囲で書いていただき、その状況や場面が再現されるように書いてください。」であった。

得られた回答107名について、まず、ヒヤリハット場面の分類を行った。

具体的には、研究者2名が独立に（相談しないで）各回答の事例を田中・石井（2003）の著書『すぐ役立つ救急ハンドブック』（pp. 146-152）に紹介されている事故場面（54場面）と突き合わせた。この事例はよくある事故場面ということであり必ずしもヒヤリハット体験ではないが、ヒヤリハット体験は事故の直前の状態への危険察知の体験であるから分類の規準として適切であると考えた。研究者2名の分類結果の一致率を調べたところ不一致が15.8%となった。その一例は次のようである。

ケース10：石ころをもて遊んでいて、左足の親指に落とした。親指の爪がはがれてしまった。（4歳児、20年ぐらい前、直径20cmぐらいの丸石）。花壇のしきりの石をはずし、持って遊んでいた時、手が滑り右足の親指に落とした。爪が浮いてきたので、医者にて診察を受ける。ほんの少ししか付いてなかったので、はが

表4 ヒヤリハット体験の一般性および保育経験年数に関するピアソンの相関係数

	増減の実感	他の保育士	保護者	保育実習生
保育経験年数	—	0.513**	0.318**	0.292**
増減の実感（質問3）	—	—	—	—
他の保育士（質問5）			0.498**	0.494**
保護者（質問7）				0.497**
保育実習生（質問9）				—

** $p < 0.01$ （両側）

表5 保育経験年数およびヒヤリハット体験数に関する平均値（標準偏差）

保育経験年数	13.10	(10.11)	n=195
自分の実感（質問3）	2.98	(1.04)	n=192
他の保育士（質問5）	2.65	(0.63)	n=194
保護者（質問7）	2.85	(0.57)	n=191
保育実習生（質問9）	2.75	(0.64)	n=186

nの数値が違うのは欠損値があるためである。

した方が新しい爪がきれいにはえるし、傷の治りも早いと言ってはがされた。その日に限って石ころで遊んでいたので予測できない姿であったが、一人ひとりの子どもの行動にもっと目を向けるべきであったと反省した。

これについて研究者①は、田中・石井による事故場面「F11 石で、ほかの石を割ろうとして、指を打った。」に当てはまるとしたが、研究者②は該当する場面が見当たらないとして「その他」と分類した。この不一致について両者で合議したところ、ヒヤリハットの状況が同じであると判断できたので、最終的に研究者②がF11に改めた。不一致の回答結果についてこのような突き合わせ作業を行ったところ、2名の間の不一致は減少し、最終的な一致率は99.1%となった。したがって、分類作業の信頼性は確保されたものとして検討作業に入った。

末尾の付表に示すように、田中・石井(2003)による事故場面は54場面ある。それらは大きくは、「A 子どもどうして(9場面)」「B 保育室で(6場面)」「C 園内で(6場面)」「D 遊具で(12場面)」「E おもちゃで(9場面)」「F 園庭で(12場面)」から構成されている。そこで得られた回答がこれら54場面に該当するかどうかを照合し、該当するケース、該当しないケースを分類することを手がかりにして回答内容の分析を進めた。

8. ヒヤリハット体験に関する自由記述～54場面への該当分から～

われわれの調査結果において、田中・石井(2003)に示された事故場面の概略は次のようであった。なお、ケースの転記にあたっては、個人や場所等が特定されないよう、表現の一部を省略したものもある。

(1)「A 子どもどうして」

「A1 友だちと衝突.」「A2 石を投げられた.」「A3 友だちに手を引っぱられた.」「A5 おなかをけられた.」「A6 ほかの子が閉めたドアに、手をはさんだ.」「A7 友だちに押され、机の角にぶつかった.」「A8 持ち上げられ、落とされ、後頭部を打撲.」「A9 ブロックを取りあい、壁に後頭部をぶつけた.」。Aに示された9場面のうちで「A4 友だ

ちの足が、目にあたった.」以外の8場面が回答の中でも見出された。なかでも特に多かったのはA6であることから、具体的にいくつかを転記すると次のようである。

ケース74(A6)：4歳児数人(6月)。玄間の大きなステンレス製のドア(開けた状態にすると、6～7cmの隙間ができる)の隙間に腕を入れ、反対側にいる子とガラスごしに握手をしようとしていた2人の男児。その時、開いたドアの取っ手を動かそうとする子がいた時のこと。そのまま職員が気づかないでいたら、男児は重いステンレスのドアに腕をはさまれ、大変なケガになっていたと思う。対応：ストッパーを上部に付ける。再度、子どもたちに注意を促し、危険につながる行為をしないように話してきかせる。

ケース77(A6)：3歳児の部屋に入る時、ドアの所にいた子があとから入ってきた子がドアを閉めようとして、指をはさみそうになった時、昼食後の自由遊び中です。私が40歳の時です。

(2)「B 保育室で」

「B1 机やいすから転落.」「B2 セロハンテープのカッターで、指を切る.」「B3 たてかけてあった机が倒れて、ぶつかった.」の3場面が見られた。

「B4 壁にかけてあったバッグのひもが首にからまり、意識を失う.」「B5 画用紙の上で、足がすべった.」「B6 昼食中、みそ汁がかかって、やけど.」の3場面に関するヒヤリハット報告は見られなかった。

(3)「C 園内で」

「C1 階段ですべって転落.」「C2 ガラス窓に頭をぶつけた.」「C4 保育者の背中からすべり落ちた.」「C5 玄間のマットにつまずいた.」「C6 勢いよく押したドアがはねかえってぶつかった.」の5場面に関するヒヤリハット報告が得られた。「C3 雨でぬれた廊下ですべった.」に関する報告だけは見出されなかった。

(4)「D 遊具で」

「D1 ブランコから落ちた.」「D2 友だちがこいでいたブランコに、ぶつかった.」「D5 すべり台の階段から落ちた.」「D7 すべり台の下であそんでいて、立ち上がったとき、頭を打った.」「D8 トラ

ンボリンから、飛びおりて、骨折した。」「D 9 鉄棒から落ちて、頭を打った。」「D10 ジャングルジムから落ちた。」「D11 うんていにぶら下がろうとして、転落。」の8場面に関するヒヤリハット体験が得られた。「D 3 ブランコにふたり乗りをしていて、落ちた。」「D 4 すべり台のてっぺんに、カバンのひもが引っかかった。」「D 6 すべり台の角に、あごをぶつけた。」「D12 とび箱から落ちて頭を打った。突き指をした。」の4場面に関する報告はなかった。

「D遊具」に関するヒヤリハット体験の報告は多く、特にD 5とD10は多かったので一部を以下に転記する。
ケース42 (D 5)：戸外遊び中、3歳児が滑り台に乗っていて、最上段で、前の子も「早くすべって」というように押し合いになっている場面。また最上段で後ろ向きに立っている時、バランスが崩れて転ぶのではないかとハラハラして見ました。早く滑っていくよう声をかけ、最上段で立ち止まらないよう何度も声をかけました。(H21. 4月頃のことです)

ケース100 (D 5)：ヒヤリの体験。場所：〇〇子ども未来園隣の公園。時間：午前10時～11時ごろ。1歳児の女儿。未満児全員で公園に遊んでいた時、保育士と一緒にすべり台の階段を上がって行く時。3段目の辺で、足を踏み外し、段と段の間から下に落ちた。すぐ子供の状態を見たが、かすり傷ひとつなかったので安心はした。当時の年齢26歳。

ケース11 (D10)：園庭、固定遊具、延長保育時間中、乳児(2歳児)。母のお迎えで声をかけたら、大型遊具の最上段から足を踏み外し落下。幸い、遊具が複雑な形をしており、引っかかった格好になったため、大事には至らなかった。保育士48歳。

ケース76 (D10)：担当している園児がジャングルジムに登った時に、思っていたよりも早く登ってしまい、一番上の高いところで両手を離れた時にまさに「ヒヤリハット」を感じました。年齢は5歳、時間は午前中の戸外遊びの時です。

(5)「E おもちゃで」

9場面のうちで4場面に関するヒヤリハット報告が見られた。「E 1 積み木の山から落ちた。」「E 5 鼻の中にビーズを入れた。」「E 7 おもちゃの突起が、頭にささった。」「E 8 手押し車でつまづいて、転倒。」

以下の5場面に関する報告はなかった。「E 2 積み木を床においたとき、床との間に指をはさんだ。」「E 3 ブロックの角に頭をぶつけた。」「E 4 こまを踏んで足を切った。」「E 6 小さなおもちゃを耳に入れた。」「E 9 落ちていたボールを踏んで、転倒。」

(6)「F 園庭で」

該当する場面は一番少なかった。「F 3 門柱に頭をぶつけた。」「F 6 塀にのぼり、踏みはずして落下。」「F11 石で、ほかの石を割ろうとして、指を打った。」の3場面がヒヤリハット体験として報告されていたが、「F 1 砂場で砂が目に入った。」「F 2 砂場でスコップを踏んで、足をひねった。」「F 4 木登りをしていて、枝から落ちた。」「F 5 木に衝突。」「F 7 ハムスターやウサギに、指をかまれた。」「F 8 サッカーのゴールポストに、あたってしまった。」「F 9 友だちを追いかけて走っていて、転倒。」「F10 小石を耳に入れた。」「F12 缶けりをしていて、飛んできた缶が、頭にぶつかった。」の9場面に関する報告は見出されなかった。

以上をまとめると、子どもどうし、保育室、園内、遊具場面は多く該当したものの、おもちゃ、園庭場面は該当ケースが少なかった。

9. ヒヤリハット体験に関する自由記述～54場面に該当しない分から～

以上のように、田中・石井(2003)に示された事故場面に該当したケースは同定されたが、一方でそれらに含まれなかったケースもあった。それらのうちの代表的な場面は、誤飲、衝突、食物アレルギー、与薬、保育士から見た死角である。

(1) 誤飲

誤飲場面については5件のヒヤリハット体験が報告された。

ケース1：場所は保健室、時間は午後1時30分ごろ、子どもの年齢は5歳、私の年齢は42歳。状況：給食後、室内で自由遊びをしていた時、ビー玉を使った斜面遊びをしていた男児が、ビー玉を口の中に入れたり出したりしていた。他の遊びにかかわっていた私は、その男児の行動に気づいていなかった。男児がビー玉を吸い込んでのどに入れてしまい、息ができなくて目を白

黒させる様子に周りの子が気づき、私に知らせた。頭を下げて、背中を叩き、吐き出さそうとしたが、出てこないで、口を開けさせ、中を見てみた。のどの入口に詰まっていたので、私が指をつっこんでかき出したところ、うまく出てきて男児の息ができるようになった。たまたま大きめのビー玉であったため、ひっかかっていたが、もしのどの奥に入っていたらと思うととても怖い体験でした。

ケース13：延長保育でのおやつ時の出来事。人数は30人ぐらいの幼児3歳～5歳。3歳の男の子はふだんから落ち着きがなく、何をするのかわからない子供で、おやつまではその子のために一人先生を付けて二人で対応していますが、お茶やおやつを配っている間に席を立ち、ドーナツの中に入っている乾燥剤をやぶりました。すぐに走ってとめました。口にしたり他の子のお茶に入れたりばらまいたりしたらと思うと、ヒヤリしました。

ケース31：就職して5年目の時、5歳児クラスの保育室にて、子どもたちは着席し、次に行う活動の話を聞いていた。すると男児が急にのどに手を当てて苦しんでいたため見ると、その直前に遊んでいた「ビー玉転がし」のビー玉を片付けずに持っていて、それを口に入れ、のどに詰まらせていた。幸い、背中を叩き、口の中に指を入れるとビー玉が出てきたのでケガ等はなかったが、その男児はその後「何かのがどに詰まる」という恐怖からしばらく牛乳など透明でない飲み物が飲めなくなってしまった。

ケース52：午睡時、虫さされのあとに貼った絆創膏＊を口に入れた。2歳。すぐに取り出したが、ヒヤリハットしました。（＊原文は商品名）

ケース93：0歳児。なんでも口にする時期であり、十分気を付けているのだが、落ちていたビニールや、1歳児が散歩で取ってきた草花などを食べてしまった。どちらも早く気づき、口から出すことができ、大事にならなかったが、ヒヤリとする場面である。

以上のような結果であるが、これは田中・石井(2003)のリストを否定することを意味しない。田中・石井の54場面は発生した事故であり、本調査はヒヤリハット体験であるという違いがある。また、誤飲は、田中(2007)自身、河鍋(2008)など事故後の処理法

には必ず書かれている場面である。

(2) 衝突

次に衝突に関するヒヤリハット体験を示す。なお、田中・石井(2003)には「A1 友だちと衝突。」があるが、以下の例は保育士と園児の衝突である。同じ衝突であるが、保育士自身が直接的に回避できるという点で、子どもどうしの衝突とは区別した。

ケース5：未満児クラスだと子どもが小さいので、足元にいると気がつかずあたってしまいそうになり、ハットすることがあります。

ケース15：保育所内、午後4時ごろ。2歳0カ月、男児。保育室内で「まてまて遊び」中。子どもが保育者を追いかけていた。横にずれたら、子どもが顔面から転びそうになって保育者の裾をつかんだ。

ケース16：子どもにろうかで出会いがしらにぶつかった。(年中児) その拍子に、くちびるでかみ、血が出た。ひどかったので病院に行き、2針ぬった。

ケース21：0歳児が同じ場所で午睡をする。午睡は12:30ごろ～14:30。0歳児の子(1歳過ぎ)が寝ている方に1歳児女児が近づいて行くが、今声をかけると「0歳児の子のおなかの上を歩いてくるのでは」と思い、声をかけるのをやめたが、他の保育者が「〇〇ちゃん、おいで」と声をかけた。すると、その声に反応して振り向き、すぐ目の前にいる0歳児の子のおなかの上を踏み、歩いてきてしまった。0歳児の子は泣くこともなく、そのまま寝て、様子も変わりなかったため、ホッとしたが、とてもヒヤリとした瞬間でした。

(3) 食物アレルギー

食物アレルギーもまた事故後の対処法には必ず解説される事故である。ヒヤリハット体験として以下のよう回答が得られたので転記する。

ケース29：場所は託児所、時間は午後のおやつ時。私が23歳の時、小麦やエビなど多くのアレルギーがある1歳児に、同僚の保育士が、アレルギー児用のおやつではなく、他児と同じ小麦入りのクッキーを配ってしまった。その1歳児がクッキーを口にする前に気が付き、未然に防ぐことはできたがドキッとした。

ケース107：近年、園児の中で、食物アレルギーの子

どもが増えてきました。3～4年前からアトピー性皮膚炎による食物除去とアナフィラキシー型反応による食物除去の対応に注意を心掛けている毎日です。事例として、アナフィラキシー症児5歳、アレルゲン卵、園での3時のおやつ時間。調理員2人、保育士、配膳～クラス担当まで3人がかかわった。[X(菓子名)を食べてしまった。]1人の調理員が3時の菓子を出す際に、他のアレルギー除去(ピーナッツ、小魚)に気を取られ、Xの成分表示を見ずに出してしまった。他の調理員が保育士に「アレルギー除去に気をつけて」と声掛けはしたものの、実際に菓子を出すのは一人でやり、調理員2人での確認はしていなかった。また、保育士も配る人と食べさせる人が違い、言葉の伝達が途切れ、当日の担当保育士も担任ではなく、代替であり、障害のある子どもに気を取られ、最終の成分確認がされなかった。子どもは家で負荷テストの際にXに似た物を食べており、自分で「食べない」の自覚学習がなかった。

(4) 与薬

平成12年改定の「指針」では「投薬」という語が使われていたが、平成20年の告示の祭に、「与薬」という語が「解説書」の中で初めて使われた。「解説書」では、第5章「健康及び安全」のところで「与薬の留意点」が3点述べられている。

○保護者から預かった薬については、他の子どもが誤って内服することのないように施錠のできる場所に保管するなど、管理を徹底しなければなりません。

○与薬に当たっては、複数の保育士等で、重複与薬、人違い、与薬量の誤認、与薬忘れ等がないよう確認します。

○座薬を使用する場合には、かかりつけ医の具体的な指示書に基づき、慎重に取り扱う必要があります。

これらの留意点にもあるとおり、人違いや与薬忘れに係るヒヤリハット体験として、以下のような回答が得られたので転記する。

ケース2：薬について 保健室 給食後 5歳児 40歳

かぜ薬を預かり、当日飲まないまま、箱に入れてあった。1ヶ月後くらいにフリー保育士が当日のものと思

い、飲ませてしまった。親にはそのことを伝え様子を見た。異常はなかった。当時は薬についてそれほど約束事はなく、連絡票や名前や日時を記入することもなかった。引き継ぎがしっかりしていなかったことを反省する。職員にも薬の保管について確認した。

ケース17：給食→午睡準備の流れの忙しい中、子供に(2人)薬を飲ませようとして確認して薬を手にしたつもりが間違っていた。(入れ替わっていた。)子供の口に入れる前に念のために再度確認して気づきヒヤリとした。

(5) 保育士から見た死角

田中・石井の54場面では紹介されていないが、死角という観点が考えられる。その場合、設備上の死角のみならず、子どもが大人のかげに隠れてしまうことで見えなくなるといったケースが考えられる。物理的に保育士の目が行き届かず、保育士の配慮のみでは回避しきれない面があると考えられる。たとえば、以下のような回答が得られた。

ケース79：未満児用避難者のロックが外れており、子どもがさわってテラスから転落。園のテラス、午後のおやつ後(年齢30歳)。1歳児の子どもとテラスで遊んでいる時、死角になる場所に園児が一人で行ってしまい、発生。幸い怪我はなかったものの、ロックされているものだと思っていたため、反応が遅れた。

ケース102：就職をして3年目(23歳)の時、年少3歳児クラス担任。たぶん4～5月ころのことだと思います。初めての園生活に不安いっぱい時期から少しずつ保護者との信頼関係ができ、いつどこへ行くにも保護者の後ろをついて歩くようになったK君について、園庭のウサギ小屋に行き、保護者が小屋から出ると同時にフェンス戸を閉めた。ところが、後ろには、K君がついてきていて、そのフェンス戸に手をかけていた。そのため、戸の隙間に(出入りする方ではなく、開閉の軸になっている方側の隙間です)指がはさまり、爪がはがれる怪我となってしまった。一步間違えば、指がちぎれる大けがとなったかと思うと、小柄な年少児は保護者のすぐ後ろに立っていると死角になり、見えないこともあり、注意が必要だと実感しました。

「解説書」では、第5章「健康及び安全」のところ

で「日常の安全管理（セーフティマネジメント）」が述べられている。ここでは安全性の点検項目の中には挙げられていないが、今後、「自園における死角の有無の確認」を追加することの必要性を示唆するものといえる。

VI 考 察

事故に対応する英語はふつうアクシデント (accident) であろうが、近年は事故を表す語として injury という語を見かけることが多くなっている。injury は傷害と訳されることが多い。これは、いわゆる事故発生は予測が可能で、事故は回避できるものであるという考え方が広まりつつあるからとされる（山中，2008 p.150）。本研究でも、保育所で発生する事故は事前に予測し回避できるものであるという立場をとっている。そこで、以下には得られた結果について、現職保育士個人と職場内での危険感受性の育成、さらには保育実習生の事前指導という文脈に絞って考察を行うことにする。

1. 保育士の報告によるヒヤリハット体験の発生頻度について

ヒヤリハット体験の報告からは、4分の3という大変多くの保育士が職場でヒヤリハット体験をしており、このことからヒヤリハット体験があたりかも常態化している様子が伺える結果となった。にもかかわらず事故は後を絶たず、これは保育士個人がその場で発生する事故を事前に回避するだけでは解決にならないことを示している。かといって施設設備の改善を待つだけで解決できる問題でもない。ヒヤリハット体験を保育士、保護者、子ども、物、施設・設備の総合的な視点からいかに活用していくかが重要であろう。

2. 保育所内でのヒヤリハット体験の共有化について

他の保育士、保護者、保育実習生がからむヒヤリハット体験については、大変多くの保育士がヒヤリハット体験の発生を報告している。問題の1つは、それを保育所内あるいは保護者も含めて共有化できるかどうかである。本調査からは、他の保育士や保護者に告げる

のは「相手による」という回答が顕著であった。これは等閑視してはいけない重大な現状であると考えられる。相手によって告げることをためらう傾向が大きな割合を占めることは事故防止上からは明らかに不適切である。「指針」では、安全対策のための職員の共通理解が求められている。体験の共有を事故予防対策に生かしていく体制作りが必要であろう。

保護者に対して注意を促すことは難しい問題を含んでいる。このことについて、得られた回答には次のようなケースがあった。

ケース27：降園時に子ども（3歳児）だけ、間から飛び出し、母親は弟（1歳児）を抱っこしていたところを職員室から目撃、声をかけて止めたが車が来ていたのでドキッとした。

ケース32：降園時間（午後4時ごろ）に2歳児の女儿が一人で固定遊具（雲ばしご、雲梯）で遊んでいた。園では、2歳児の使用しない遊具だったので驚いた。母親は近くにいたが、話に夢中でみていなかった。

保育士は、「専門的知識及び技術をもって、児童の保育及び児童の保護者に対する保育に関する指導を行うことを業とする者」（児童福祉法）であり、その業務には「児童の保護者に対する保育に関する指導」が含まれる。「保育指導」と呼ばれるこの業務は、保護者の子育ての問題や課題に対して相談や助言を行う援助的な業務である。そこに求められる専門的知識と技術のなかに、こうした事故防止や安全対策の観点も含めていくという意味で、ヒヤリハット体験を保護者に適切に伝えることの可能性が生まれるのではなかろうか。

その点で、これからの保育士を目指す保育実習生に対してはヒヤリハット体験を直接伝えるとする回答が多かったのは望ましいことである。経験の乏しい実習生は、ともすれば自分が行為するという視点に弱さを抱えている。実習生は一時的に外部から入るので、保育環境を実感を持って理解する点がどうしても乏しい。指導者からそのつど特に注意を促すことは効果的で望ましいことであると考えられる。

その点で、先に示した事例とともに、保育士と子どもの衝突、保育士の目から見た死角の存在、食物アレルギーなどの観点については、養成校のみならず、特

に現場での事前指導が必要なケースと考えられよう。

また、実習では、事後の振り返りや反省会を通して、どこに注意が足りなかったかを押さえることも大切となる。保育士から注意を受けることや学生相互に情報を共有することを通して、気づきを促し、危険感受性やヒヤリハット認知力を付けていくような事後指導のあり方が求められるであろう。

3. 保育経験年数とヒヤリハット認知の関係について

保育経験年数とヒヤリハット場面への感受性の間に有意な正の相関関係が見出されたことは、保育の専門的知識及び技術に関する能力開発として重要な切り口になる。経験年数が増える人ほど他の保育士の行為にヒヤリハットの認知をする人が多いこと、保護者の行為にヒヤリハットの認知をする人が多いことは、保育経験年数を重ねることによって直後に続く事故への危険感受性が育成されることを意味する。ただ重要なポイントは経験の中身であろう。経験年数を重ねる中でどのような場面での危険感受性が育つのかは相変わらずブラックボックスのままだからである。また、見方を変えれば危険感受性の育った保育士だけが長く仕事を続けていられるのだという結果の反映にすぎないかもしれない。

4. 事故発生とヒヤリハット体験の連鎖について

最後に、田中・石井（2003）の54場面と本研究の結果の一致・不一致について述べる。ヒヤリハットは、感情的要素が関与してくるので、それが強烈なときほど、状況認知やメタ認知に、特有の制約や「歪み」が加わる可能性が高くなったり、後づけの理屈（結果論）を展開してしまいがちになる。（海保・田辺，1996 p. 162）。田中・石井の54場面は結果として発生した事故の典型場面のリストである。それに対して、本研究の回答は保育士がまさしくヒヤリハット体験をした場面の報告である。本研究の枠組みでは、ヒヤリハット体験の直後に時間的に連続して事故が起こるという文脈で、時間をさかのぼってヒヤリハットの検討を行ってきた。得られた結果では、「子どもどうし」「保育室」「園内」「遊具」場面でかなりの一致すなわち行為の時間的連鎖が認められたが、「おもちゃ」「園庭」

場面では必ずしも対応しない、つまり“ヒヤリハット体験から事故場面へ”の連鎖が想定しにくい結果になっている。

このことの説明として考えられる見解は次のようである。第一に、これが場面の違いによるのであれば田中・石井の54場面そのものについて直接的にヒヤリハット体験の有無を尋ねる調査をすることが疑問の払拭になるだろう。第二に、回答者のデータ数が不足しているのが原因だという可能性もあるが、それについてはより多くのケースを検討することで答えが明らかになるだろう。それがいずれにせよ、保育経験年数によって得られる危険感受性の中身を探る糸口として、ヒヤリハット体験から事故発生へと続く時間的連鎖について、場面ごとの検討をすることが有効な今後の課題であると考えられる。

謝辞

本研究のための調査の実施にあたり、お忙しい中、取りまとめをいただいた犬山市子ども未来課ならびに質問紙調査にご協力いただいた子ども未来園の職員の皆様に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- Heinrich, H.W., Petersen, D., & Roos, N. Industrial accident prevention. New York: McGraw-Hill, 1980. 井上威恭（監）（財）総合安全工学研究所（訳）産業災害防止論，海文堂，1981年。
- 兵藤好美 看護学生のヒヤリ・ハット傾向と危険予知トレーニングの実践 看護展望 32(2)，185-192，2007年。
- 石川雅彦 医療安全トレーニングのコンピテンシーと今後の展開（KYT から CRM, LOFT へ） 看護管理，16(3)，184-188，2006年。
- 海保博之 ミスに強くなる！－安全に役立つミスの心理学－中央労働災害防止協会，2005年。
- 海保博之・田辺文也 ワードマップ ヒューマンエラー－誤りからみる人と社会の深層－新曜社，1996年。
- 川村治子 ヒヤリハット11000事例によるエラーマップ完全本 医学書院，2003年。
- 河鍋 馨（編）保育の安全と管理 同文書院，2008年。
- 川島みどり（監）学生のためのヒヤリ・ハットに学ぶ看護技術 医学書院，2007年。
- 厚生労働省編 保育所保育指針解説書 フレーベル館，2008年。
- 田中哲郎 保育園における危険予知トレーニング－事故を

防ぐリスク感性を磨くためのー 日本小児医事出版社, 2006年.

田中哲郎 新子どもの事故防止マニュアル(改訂第4版)
診断と治療社, 2007年.

田中哲郎・石井博子(監) すぐ役立つ救急ハンドブック
学習研究社, 2003年.

山中龍宏 不慮の事故による傷害の予防と対処 汐見稔幸
・佐藤博樹・大日向雅美・小宮信夫・山縣文治(監)
小宮信夫(編) 安全・安心の環境づくりー地域で守る
・自分で守るー pp.150-180 ぎょうせい, 2008年.

附表 子どもの重大事故場面の一覧表54場面
(田中・石井, 2003)

1. 子どもどうして
- A 1 友だちと衝突.
- A 2 石を投げられた.
- A 3 友だちに手を引っぱられた.
- A 4 友だちの足が, 目にあたった.
- A 5 おなかをけられた.
- A 6 ほかの子が閉めたドアに, 手をはさんだ.
- A 7 友だちに押され, 机の角にぶつかった.
- A 8 持ち上げられ, 落とされ, 後頭部を打撲.
- A 9 ブロックを取りあい, 壁に後頭部をぶつけた.
2. 保育室で
- B 1 机やいすから転落.
- B 2 セロハンテープのカッターで, 指を切る.
- B 3 たてかけてあった机が倒れて, ぶつかった.
- B 4 壁にかけてあったバッグのひもが首にからまり, 意識を失う.
- B 5 画用紙の上で, 足がすべった.
- B 6 昼食中, みそ汁がかかって, やけど.
3. 園内で
- C 1 階段ですべって転落.
- C 2 ガラス窓に頭をぶつけた.
- C 3 雨でぬれた廊下ですべった.
- C 4 保育者の背中からすべり落ちた.
- C 5 玄関のマットにつまずいた.
- C 6 勢いよく押したドアがはねかえってぶつかった.
4. 遊具で
- D 1 プランコから落ちた.
- D 2 友だちがこいでいたプランコに, ぶつかった.
- D 3 プランコにふたり乗りをしていて, 落ちた.
- D 4 すべり台のてっぺんに, カバンのひもが引っかかった.
- D 5 すべり台の階段から落ちた.
- D 6 すべり台の角に, あごをぶつけた.
- D 7 すべり台の下であそんでいて, 立ち上がったとき,

頭を打った.

- D 8 トランポリンから, 飛びおりて, 骨折した.
- D 9 鉄棒から落ちて, 頭を打った.
- D 10 ジャングルジムから落ちた.
- D 11 うんていにぶら下がろうとして, 転落.
- D 12 とび箱から落ちて頭を打った. 突き指をした.
5. おもちゃで
- E 1 積み木の山から落ちた.
- E 2 積み木を床においたとき, 床との間に指をはさんだ.
- E 3 ブロックの角に頭をぶつけた.
- E 4 こまを踏んで足を切った.
- E 5 鼻の中にビーズを入れた.
- E 6 小さなおもちゃを耳に入れた.
- E 7 おもちゃの突起が, 頭にささった.
- E 8 手押し車でつまづいて, 転倒.
- E 9 落ちていたボールを踏んで, 転倒.
6. 園庭で
- F 1 砂場で砂が目に入った.
- F 2 砂場でスコップを踏んで, 足をひねった.
- F 3 門柱に頭をぶつけた.
- F 4 木登りをしていて, 枝から落ちた.
- F 5 木に衝突.
- F 6 塀にのぼり, 踏みはずして落下.
- F 7 ハムスターやウサギに, 指をかまれた.
- F 8 サッカーのゴールポストに, あたってしまった.
- F 9 友だちを追いかけて走っていて, 転倒.
- F 10 小石を耳に入れた.
- F 11 石で, ほかの石を割ろうとして, 指を打った.
- F 12 缶けりをしていて, 飛んできた缶が, 頭にぶつかった.